

## IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom :

Sexe :

École :

Prénom :

Date de naissance :

Niveau scolaire :

## IDENTIFICATION DU PARENT / TUTEUR

Parent  Tuteur

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone:

Travail / cell :

Courriel :

## BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT ET SOUTIENS PARTICULIERS

*Section obligatoire - doit être rempli par le parent/tuteur*

- Besoin de soutien dans le développement global (apprentissage, autonomie, compréhension des consignes).
- Besoin d'accompagnement dans les interactions sociales ou la communication (ex. : routines, contacts visuels, compréhension des émotions, interactions avec les pairs).
- Besoin d'adaptations motrices (mobilité, équilibre, coordination, aide aux déplacements, participation aux activités physiques).
- Besoin d'adaptations visuelles (lunettes, aide pour repérer le matériel ou les lieux, consignes visuelles adaptées).
- Besoin d'adaptations auditives (appareil auditif, consignes répétées ou visuelles, environnement calme).
- Besoin de soutien en langage ou communication (expression orale, compréhension, besoin de pictogrammes ou gestes).
- Besoin de soutien pour l'attention et la concentration (temps supplémentaires, pauses, encadrement constant, espace calme).

## BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT ET SOUTIENS PARTICULIERS (suite...)

- Besoin de soutien émotionnel (anxiété, gestion du stress, réassurance, transitions difficiles).
- Besoin d'encadrement pour la gestion du comportement (routines claires, limites, accompagnement dans la régulation des émotions).

Autres besoins particuliers :

## MILIEU SCOLAIRE ET MILIEU DE VIE

*Autonomie de l'enfant (cochez) :*

- |                                     |                          |                    |                          |              |                          |          |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Habillement : Aide constante        | <input type="checkbox"/> | Aide occasionnelle | <input type="checkbox"/> | Aide verbale | <input type="checkbox"/> | Autonome | <input type="checkbox"/> |
| Hygiène : Aide constante            | <input type="checkbox"/> | Aide occasionnelle | <input type="checkbox"/> | Aide verbale | <input type="checkbox"/> | Autonome | <input type="checkbox"/> |
| Alimentation : Aide constante       | <input type="checkbox"/> | Aide occasionnelle | <input type="checkbox"/> | Aide verbale | <input type="checkbox"/> | Autonome | <input type="checkbox"/> |
| Gestion des effets personnels : Oui | <input type="checkbox"/> | Non                | <input type="checkbox"/> |              |                          |          |                          |
| Rester avec le groupe : Oui         | <input type="checkbox"/> | Non                | <input type="checkbox"/> |              |                          |          |                          |
| Conscience du danger : Oui          | <input type="checkbox"/> | Non                | <input type="checkbox"/> |              |                          |          |                          |

## ACCOMPAGNEMENT

Votre enfant bénéficie-t-il d'un accompagnement scolaire ou en service de garde? Oui  Non

Si oui, précisez le ratio habituel (ex. 1/1, 1/2) :

Ou, groupe réduit, combien d'enfants dans le groupe :

## INTÉRÊTS ET CAPACITÉS

Quels sont les intérêts de votre enfant? (musique, bricolage, sport, etc.)

Quelles sont les capacités psychomotrices de votre enfant? (ex. attraper un ballon, courir, attacher ses lacets) :

## INTÉRÊTS ET CAPACITÉS (suite...)

Est-ce que votre enfant a une sensibilité aux stimulus (bruit, foule, surprises, etc.)? Oui  Non

Si oui, lequel ou lesquels?

## CAPACITÉS AQUATIQUES

- Nage seul en eau profonde
- Nage seul en eau peu profonde
- Avec VFI
- Besoin d'accompagnement
- Ne sait pas nager

Dernier niveau de natation complété:

## COMPORTEMENTS

- Aggressivité
- Opposition
- Anxiété
- Fugues
- Crises
- Phobies - Précisez :

## RELATIONS ET COMMUNICATION AVEC LES AUTRES

Communication avec les pairs : Facile  Moyen  Difficile

Communication avec adultes/autorité : Facile  Moyen  Difficile

Adaptation aux nouvelles personnes : Facile  Moyen  Difficile

Outils de communication utilisés : Pictogrammes  Tableau  Gestes  LSQ

Autre moyen de communication :

## DÉPLACEMENTS

Autonomie : Aide constante  Aide occasionnelle  Aide verbale  Autonome

Aides techniques : Fauteuil  Déambulateur  Canne(s)  Orthèses

Longues distances : Identique  Différent  Précisez :

## SERVICES ACTUELS

Milieu scolaire : Classe régulière  Classe réduite  Autre :

Services de santé / réadaptation : CIUSS  Organisme communautaire  Autre :

## FRÉQUENTATION PRÉVUE

*Seaines d'inscription prévues au Boucamp et journées prévues par semaine (cochez) :*

<input type="checkbox"/> Semaine 1	<input type="checkbox"/> Lundi
<input type="checkbox"/> Semaine 2	<input type="checkbox"/> Mardi
<input type="checkbox"/> Semaine 3	<input type="checkbox"/> Mercredi
<input type="checkbox"/> Semaine 4	<input type="checkbox"/> Jeudi
<input type="checkbox"/> Semaine 5	<input type="checkbox"/> Vendredi
<input type="checkbox"/> Semaine 6	
<input type="checkbox"/> Semaine 7	

Horaire quotidien prévu (Ex. : 8 h 30 à 16 h) :

*Note : le service de garde est offert de 7 h à 9 h le matin et de 16 h à 17 h 30 le soir.*

## RECOMMANDATION DE L'INTERVENANT RÉFÉRANT

*Section obligatoire - doit être rempli par un intervenant (école, CIUSSS, organisme communautaire, etc.)*

Nom de l'intervenant :

Organisme/établissement :

Fonction :

Téléphone:

Courriel :

Ratio recommandé : 1/1  1/2  1/3  accompagnement dans un groupe

Participation : Temps plein  Temps partiel (jours/sem :  ) (heures/jour :  )

Groupe d'âge recommandé : 4-5 ans  6-7 ans  8-9 ans  10-11 ans

### Forces observées

Décrivez les principales forces et réussites de l'enfant dans un contexte de groupe :

### Besoins de soutien observés

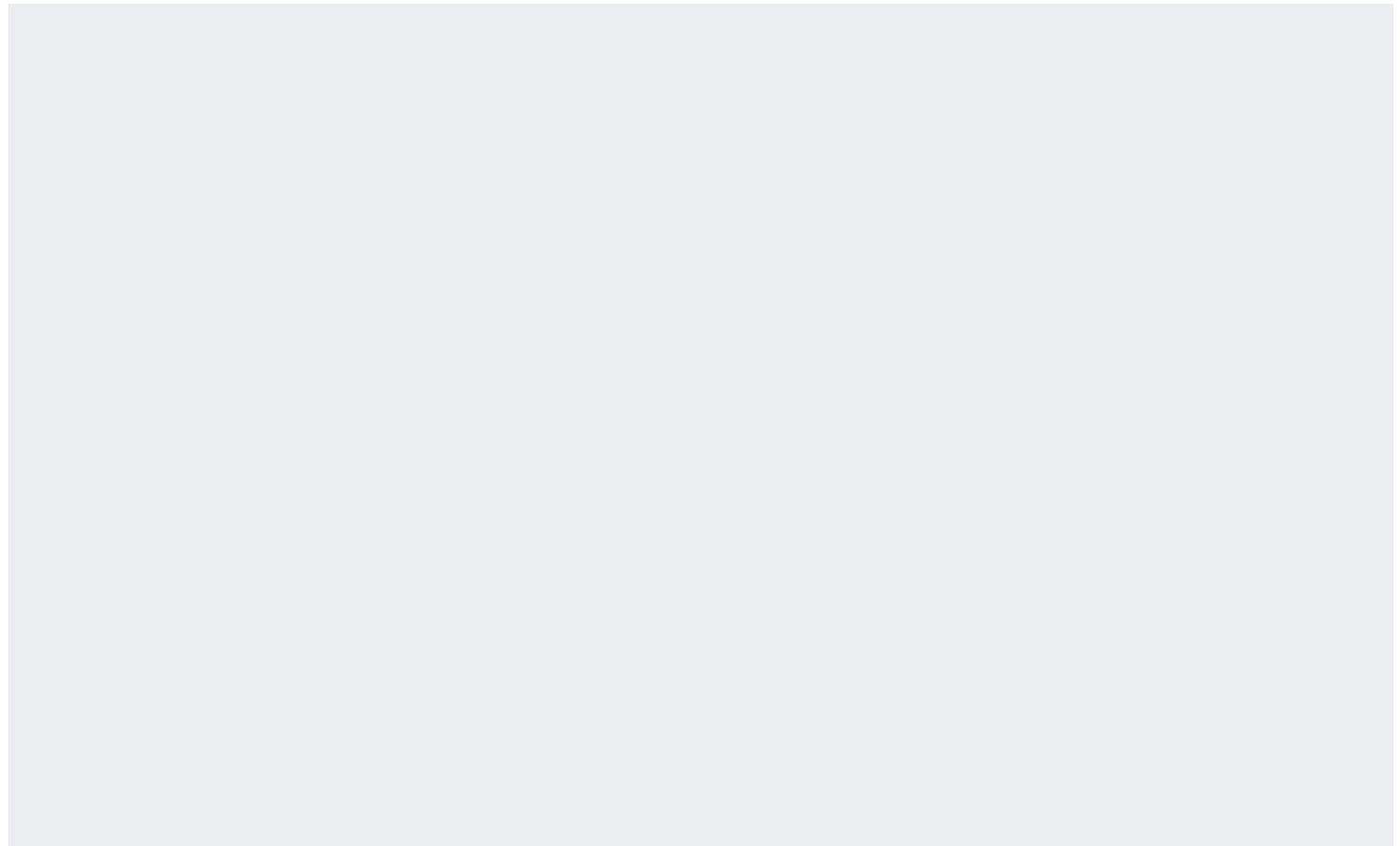
Décrivez les besoins d'accompagnement dans un contexte collectif (ex. socialisation, sécurité, autonomie, comportements) :

### Type de soutien recommandé

- Soutien léger (rappels de consignes, aide ponctuelle)
- Soutien modéré (aide fréquente, encadrement régulier)
- Soutien élevé (présence constante, gestion intensive des comportements)

Expliquez :

## Contraintes particulières à considérer



## Autorisations et engagement

*Section obligatoire - doit être rempli par le parent / tuteur*

Je soussigné(e) [REDACTED] (parent/tuteur), autorise le comité du programme d'accompagnement du camp de jour de la Ville de La Tuque à :

- Analyser la présente demande.
- Communiquer avec les intervenants œuvrant auprès de mon enfant.
- Partager l'information pertinente avec l'équipe d'accompagnement du Boucamp.

### Je comprends que :

- Le programme d'accompagnement n'est pas un service spécialisé ni un service de répit ou de gardiennage.
- Je dois fournir l'horaire complet de fréquentation et m'y conformer.
- La participation de mon enfant dépend de la capacité du Boucamp à lui offrir un accueil sécuritaire et du nombre de ressources disponibles.
- Ce formulaire n'est pas une inscription au camp de jour.
- Satisfaire à ces conditions ne donne pas automatiquement droit au programme d'intégration. Veuillez-vous référer au document de référence du programme arc-en-ciel qui est disponible en ligne sur le site Web de la Ville de La Tuque dans la section camp de jour au *latuque.ca*.

### Je m'engage à :

- Participer activement à la rencontre d'intégration pré-camp.
- Collaborer avec l'équipe du Boucamp et transmettre toutes informations pertinentes.
- Respecter et faire respecter par l'enfant le code de vie du Boucamp.

Signature du parent/tuteur : [REDACTED]

Date : [REDACTED]

## Déclaration du parent ou du tuteur

- Je, soussigné(e) [REDACTED] (parent/tuteur), déclare que toutes les informations fournies à l'équipe du Boucamp concernant mon enfant sont exactes, complètes et ont été transmises en toute transparence, avec le plus de détails possibles.
- Je comprends que si certaines informations sont omises ou modifiées de façon à minimiser ou à masquer les besoins réels de mon enfant, la Ville de La Tuque se réserve le droit de mettre fin au service de camp de jour de mon enfant et ce, sans remboursement, tel que stipulé dans la politique de remboursement.
- Je comprends que, malgré une collaboration optimale entre le parent ou le tuteur et le Boucamp, il est possible que, dans les faits, mon enfant ne soit pas en mesure de s'intégrer adéquatement à la vie en camp et ce, malgré tous les efforts d'accommodement déployés et que dans une telle situation, la Ville de La Tuque se réserve le droit de mettre fin au service de camp de jour offert à mon enfant et ce, sans remboursement.

Signature du parent/tuteur : [REDACTED]

Date : [REDACTED]